

Баимбетов Н.С.

к.ю.н., доцент, Казахский национальный университет имени аль-Фараби,
Казахстан, г. Алматы, e-mail: baimbetovn@mail.ru

**К ВОПРОСУ О ПРАВОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ
ФИНАНСОВЫХ РИСКОВ
В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

В статье рассматриваются особенности положения пациента как получателя медицинской услуги; вопросы правового регулирования оказания медицинских услуг, договорные отношения. Также рассматриваются пути совершенствования законодательства в сфере оказания медицинских услуг. Причин этому несколько и их сложно отделить друг от друга – это и увеличение количества врачебных ошибок, и рост юридического правосознания населения и как следствие увеличения числа исков и требуемых сумм возмещения, это также и лояльность судов в отношении потерпевших и растущие присуждаемые суммы компенсаций. С одной стороны, перечисленные судебные аспекты деятельности лечебных учреждений можно рассматривать как факторы, влияющие на степень реализации рисков оказания некачественных услуг. По мнению автора, их необходимо рассматривать как отдельную группу рисков, поскольку лежащие в их основе явления, помимо прочего, будут приводить к предъявлению необоснованных чрезмерных претензий к медицинским организациям в случаях, когда их вина отсутствует. В этом случае реализация фактора риска может привести к возникновению проблем у клиники и тем самым перейдет из категории факторов риска в категорию опасностей. А значит, судебная практика требует отдельного внимания при организации системы управления рисками.

Ключевые слова: здравоохранение, суд, финансы, риск, медицинские услуги, законодательство, пациент, здоровье, договорные отношения.

Baimbetov N.S.

Candidate of Legal Sciences, Docent, Al-Farabi Kazakh National University,
Kazakhstan, Almaty, e-mail: baimbetovn@mail.ru

**On the question of legal support finance risks
in the provision of health services**

The article discusses the features of the patient's position as a recipient of medical services; issues of legal regulation of the provision of medical services, contractual relations. It also considers ways to improve legislation in the provision of medical services. There are several reasons for this and it is difficult to separate them from each other – this is an increase in the number of medical errors, and an increase in the legal awareness of the population and, as a consequence, an increase in the number of lawsuits and required amounts of compensation, it is also the loyalty of the courts to the victims and the increasing compensation amounts. On the one hand, the listed judicial aspects of the activities of medical institutions can be viewed as factors affecting the degree of realization of the risks of providing low-quality services. But, in my opinion, they should be considered as a separate group of risks, since the phenomena underlying them, among other things, will lead to the presentation of unfounded excessive claims to medical organizations in cases where their fault is absent. In this case, the implementation of a risk factor can lead to problems at the clinic and thus goes from the category of risk factors to the category of hazards. This means that judicial practice requires special attention when organizing a risk management system.

Key words: health care, finance, risk, court of justice, medical services, legislation, patient, health, contractual relations.

Баимбетов Н.С.

з. ғ. к., доцент, әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті,
Қазақстан, Алматы қ., e-mail: baimbetovn@mail.ru

Медициналық қызмет көрсету саласындағы қаржы тәуекелдері құқықтық қамтамасыз ету мәселелері

Мақалада медициналық қызмет алушы – пациенттің құқықтық деңгейі қарастырылады; медициналық қызметтерді құқықтық қамтамасыз ету мәселелері, шарттық қатынастар. Сондай-ақ заңнаманы жетілдіру жолдарын қарастырады. Бұған бірнеше себеп бар және оны бір-бірінен ажырату қиын – бұл медициналық қателіктер санының ұлғаюы және халықтың құқықтық сауаттылығын жоғарылату және соның салдарынан санының көбеюі сот процедуралары мен өтемақы талап етілетін мөлшерде, бұл соттардың зардап шеккендерге адалдығы және өтемақы мөлшерінің ұлғаюы. Бір жағынан, медициналық мекемелердің аталған құқықтық аспектілері төмен сапалы қызметтерді ұсыну тәуекелдеріне әсер ететін факторлар ретінде қарастырылуы мүмкін. Бірақ, менің ойымша, олар тәуекелдердің жеке тобына жатқызылуы керек, себебі олардың негізінде жатқан құбылыстар, басқалармен қатар, олардың кінәсі болмаған жағдайда медицина ұйымдарына негізсіз шағымдарды ұсынуға әкеледі. Бұл жағдайда тәуекел факторын енгізу клиникадағы проблемаларға әкеп соғуы мүмкін және осылайша тәуекел факторларының санатынан қауіптер санатына жатады. Бұл тәуекелдерді басқару жүйесін ұйымдастыру кезінде сот практикасы ерекше назар аударуды талап етеді.

Түйін сөздер: денсаулық сақтау, сот, қаржы, тәуекел, медициналық қызмет, заңнама, пациенттер, денсаулық, шарттық қатынастар.

Введение

На данный момент комплексного исследования правового института правовые риски в сфере оказания медицинских услуг являются малоизученными, между тем данный институт включает в себя правовые нормы, которые регулируют очень серьезные группы общественных отношений, таких как медико-учетные, медико-контрольные и другие, не менее социально значимые отношения. Правовой риск – это текущий или будущий риск потери дохода, капитала или возникновение убытков в связи с нарушениями или несоответствием внутренним или внешним правовым нормам, таким, как законы, подзаконные акты регуляторов, правила, регламенты, предписания, учредительные документы. По определению международного стандарта ISO 31000:2009, «Риск-результат неопределенности в отношении целей».

Важным фактором в обеспечении финансовых рисков в здравоохранении является финансирование здравоохранения, которое направлено на обеспечение ресурсов для функционирования систем здравоохранения и является ключевым фактором, определяющим эффективность системы здравоохранения. Следовательно, низкий уровень финансирования и ограничения возможностей для мобилизации внутренних ресурсов, особенно в регионах с низким и средним уровнями дохода, может повлечь серьезные проблемы в области здравоохранения. Финансирование

здравоохранения является одним из основных компонентов систем здравоохранения. На сегодняшний день большинство мер по реформированию сектора здравоохранения должны быть направлены на решение вопросов финансирования здравоохранения, таких как мобилизация и распределение средств, обеспечение финансовых рисков (<https://www.sciencedirect.com>).

Пациент как потребитель медицинских услуг имеет право на получение своевременной и качественной медицинской помощи, выбор медицинской организации в системе обязательного социального медицинского страхования в соответствии с настоящим Законом, пользуются правами пациентов, предусмотренным Кодексом РК « О здоровье народа и системе здравоохранения», несут обязанности, предусмотренные статьями 90 и 92 данного Кодекса и иные обязанности предусмотренные законами РК (Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»).

Как и во многих экономически развитых странах, на деятельность казахстанских медицинских учреждений все большее влияние начинает оказывать возможность судебного разбирательства со своими пациентами в случае оказания некачественной медицинской помощи или причинения вреда. Причин этому несколько и их сложно отделить друг от друга – это и увеличение количества врачебных ошибок, и рост юридического правосознания населения и, как следствие, увеличение числа исков и требуемых сумм возмещения, это также и лояльность судов

в отношении потерпевших и растущие присуждаемые суммы компенсаций. С одной стороны, перечисленные судебные аспекты деятельности лечебных учреждений можно рассматривать как факторы, влияющие на степень реализации рисков оказания некачественных услуг. Следовательно, их необходимо рассматривать как отдельную группу рисков, поскольку лежащие в их основе явления помимо прочего будут приводить к предъявлению необоснованных чрезмерных претензий к медицинским организациям в случаях, когда их вина отсутствует. В этом случае реализация фактора риска может привести к возникновению проблем у клиники и тем самым перейдет из категории факторов риска в категорию опасностей. А значит, судебная практика требует отдельного внимания при организации системы управления рисками. К примеру, масштабные изменения в системе здравоохранения в Соединенных Штатах предоставляют государственным учреждениям здравоохранения новые возможности, ориентированные на профилактику медицинских рисков в сфере частной медицины. Организации управляемой медицинской помощи (ОМП) быстро становятся основным источником медицинской помощи для бенефициаров как медицинской помощи, финансируемой работодателем, так и государственных программ «Medicaid» и «Medicare». Также ОМП представляют собой системы организованной помощи, которые часто концентрируют свои усилия на определенных группах населения и несут ответственность за желаемые результаты, включая профилактические мероприятия. Финансирование и оказание медицинской помощи в Соединенных Штатах стремительно развивается, и институт «управляемая помощь» охватывает различные механизмы, которые продолжают адаптироваться и развиваться.

В финансировании и предоставлении медицинской помощи участвуют четыре субъекта: индивидуальный потребитель, поставщик медицинской помощи, страховщик, который возмещает расходы на медицинскую помощь, и покупатель медицинской помощи. В анализе альтернативных механизмов финансирования и оказания медицинской помощи основное внимание уделяется взаимоотношениям между этими четырьмя субъектами.

Институт «управляемая медицинская помощь» может также включать организации по поддержанию здоровья (health maintenance organizations), организации предпочтительных поставщиков (preferred provider organizations),

анализируя их методы использования. Предпочтительным вариантом договора о возмещении платы за услуги с организациями предпочтительного поставщика является договор, который заключается с поставщиками в области предоставления медицинских услуг за льготную плату. Поставщики по контракту называются «предпочтительными поставщиками». Обычно страховщик и потребитель платят меньше за услуги, полученные от предпочтительных поставщиков, чем за услуги, полученные от других поставщиков. Как правило, «РРО» не определяют руководящих принципов, которым должны следовать предпочтительные поставщики. Индивидуальные потребители широко используют механизм возмещения за услуги, и предоплату медицинского обслуживания. Данный механизм направлен как на повышение качества, так и на снижение стоимости медицинской помощи. В дополнение к отдельным потребителям, поставщикам и страховщикам, четвертым важным субъектом в области финансирования и оказания медицинской помощи является покупатель медицинского страхования. Покупатели включают частные лица, работодатели и государственные органы.

Работодатели и государственные органы могут влиять на разработку пакетов льгот, включая профилактические услуги, так как они приобретают услуги для большого числа людей. Кроме того, эти крупные покупатели могут торговаться по более низким ценам и обеспечить наличие систем для контроля доступа, качества и удовлетворенности медицинским уходом. ОПЗ (Организации по поддержанию здоровья) могут сыграть важную роль в профилактике, по крайней мере, по трем причинам:

Во-первых, ОПЗ быстро становятся основным источником медицинской помощи для бенефициаров как финансируемой работодателем помощи, так и государственных программ «Medicaid» и «Medicare». Число учащихся в ОПЗ в Соединенных Штатах с момента реализации программы выросло с 6 миллионов человек до 51 миллиона (Группа Здоровья Американской Ассоциации. 1995 Национальный справочник ОПЗ. 1995). Правительство Штатов также внедрило государственную программу по оказанию медицинской помощи «Medicaid», в рамках которой предоставляется помощь бедным и инвалидам (Хегнер Р.Е. 1995;10.). Государство было особенно обеспокоено отсутствием доступа бенефициаров «Medicaid», поставщиков первичной медицинской помощи

и их чрезмерной зависимостью от неотложной медицинской помощи, которая не имеет преемственности и является дорогостоящей. В июне 1994 года 43 штата, округ Колумбия и Пуэрто-Рико начали внедрение программы управляемого медицинского обслуживания для получателей «Medicaid» (Менло Парк, 1995, 24). 7,8 миллиона (23%) бенефициаров «Medicaid» были включены на управляемое лечение. В целом, необходимо отметить, что штаты разработали уникальную государственную программу по оказанию медицинской помощи «Medicaid». На сегодняшний день бенефициары «Medicare», которые в основном являются взрослыми, старше 65 лет или меньше, имеют меньшую вероятность получить платную медицинскую помощь от ОПЗ; однако в этой возрастной группе число учащихся также быстро растет. 9% получателей услуг в рамках государственной программы по оказанию медицинской помощи «Medicare» были включены в управляемую медицинскую помощь, из них большинство, 7% бенефициаров, были включены в полностью платную ОПЗ.

Во-вторых, ОПЗ исторически включали профилактику, и они поддерживают и продолжают разрабатывать системы для измерения производительности и улучшения качества услуг, включая профилактические услуги. Многие ОПЗ используют внутренние системы измерения производительности и улучшения качества, такие как непрерывное улучшение качества (CQI), для мониторинга, исправления и улучшения своих услуг. Одной из них является «табеля успеваемости», контроль измерений, которые организации используют для оценки качества обслуживания. Наиболее известным из этих «табелей успеваемости» является контроль данных и информации о работниках плана медицинского страхования (HEDIS) (Вашингтон, округ Колумбия: Национальный комитет по обеспечению качества, 1993), разработанный совместно с поставщиками и потребителями под руководством Национального комитета по обеспечению качества, аккредитующая организация для ОПЗ. Из девяти показателей качества медицинской помощи в самой последней версии HEDIS семь являются профилактическими (Справочник Национального комитета по обеспечению качества, 1995, 76). Эти показатели включают в себя заболеваемость детей с низким весом при рождении среди зарегистрированных групп ОПЗ и использование им прививок, маммографию, скрининг на рак шейки матки и холестерина, до-

родовую помощь и обследования сетчатки глаз людей с диабетом.

В-третьих, ОПЗ представляют собой систему организованной помощи, которая берет на себя ответственность за определенные группы населения и подотчетна потребителям их услуг, отдельным потребителям, а также федеральным и государственным регулирующим органам, включая результаты профилактики. Многие ОПЗ предоставляют или разрабатывают системы, которые продвигают и предоставляют профилактические услуги, а не полагаются на отдельных поставщиков, и ОПЗ могут нести ответственность за предоставление этих услуг. Недавний обзор литературы по государственной программе по оказанию медицинской помощи «Medicaid» показывает, что в большинстве штатов стабильно предоставляют профилактические услуги (Томпсон Р.С., Таплин С.Х., Макафи Т.А., Мандельсон М.Т., Смит А.Е. 1995; 273).

Основная часть

Основой формирования отношений между исполнителем медицинских услуг и пациентом должен стать гражданско-правовой договор. Участники договора возмездного оказания медицинских услуг приобретают широкий круг прав и обязанностей, особенно специфика их реализации несовершеннолетними пациентами, которые имеют право на информацию; имеют право знать, когда и кем такая информация должна предоставляться (как в отношении несовершеннолетнего и его законного представителя, так и самим пациентом и его законным представителем). Имеют право на врачебную тайну, безопасность медицинской услуги и др.

Правовое регулирование договора возмездного оказания медицинских услуг выражается в установлении порядка его заключения, исполнения возникающих у сторон обязательств, а также ответственности сторон в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств. Основные положения, касающиеся договора возмездного оказания услуг, в том числе медицинских, отражены в ст. 683 Гражданского кодекса Республики Казахстан. Соотношение норм ГК РК и других нормативно-правовых актов определено ст. 1 ГК РК, в соответствии с которой нормы гражданского права, содержащиеся в других законах, указах Президента, постановлениях Правительства, должны соответствовать ГК РК. Аналогичный подход должен быть предусмотрен при формировании

принципов внедоговорной ответственности за вред, причиненный при исполнении медицинских услуг. Повышенная ответственность за причинение вреда здоровью или жизни пациента существенно ослабляет превентивную роль ответственности, не способствует стремлению принять все возможные меры для предотвращения вреда, поскольку обязанность его возмещения при такой ответственности является неизбежной. В специальном законодательстве следует закрепить дополнительные основания освобождения от ответственности исполнителя медицинских услуг, что диктуется спецификой медицинской деятельности, поскольку риск причинения вреда жизни и здоровью посредством медицинского вмешательства даже при условии добросовестного и надлежащего исполнения медицинской услуги чрезвычайно высок. К таким основаниям следует отнести «врачебную ошибку», ятрогению (непреднамеренное причинение вреда здоровью), обоснованный медицинский риск, непрогнозируемый отрицательный результат (Пашинян, Баринов, Мальцев, 1998, 273)

В Казахстане не ведется открытой официальной статистики судебных дел против лечебных учреждений, как не ведется и статистики самих врачебных ошибок, но даже имеющиеся крупницы информации позволяют сделать вывод о значимости проблемы. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, в среднем от 8% до 12% пациентов при госпитализации подвергаются медицинским ошибкам, если применить этот показатель к казахстанским реалиям, то получается что потенциально не менее 2-3 млн. наших сограждан ежегодно подвергаются врачебным ошибкам, а значит теоретически имеют право обратиться в судебные инстанции для защиты своих интересов, но, как показывает практика, число таких обращений по-прежнему минимально.

Управление рисками – это плановый и систематический подход к выявлению, оценке и реагированию на эти риски и предоставлению гарантий эффективности ответных действий. В некоторых развитых странах внедрена комплексная политика интегрированного управления рисками с соответствующими процедурами и руководствами, а также механизмами отчетности и мониторинга. Систематический подход в области управления рисками обоснован и состоит из следующих элементов:

- политика интегрированного управления рисками;
- процесс управления рисками;

- введение документации по управлению инцидентами;
- применение мер в случае повышения риска и инцидента;
- ведение реестра рисков.

Данный механизм является ключевым инструментом для управления рисками и передачи информации о рисках в медицинских учреждениях. Оказываемая пациенту медицинская услуга обеспечивается вложенным в нее профессиональным трудом специалиста, направленным на определенный результат. Однако при оказании медицинской услуги может полностью или частично отсутствовать ожидаемый результат при абсолютно надлежащем ее исполнении (Людупова, 2016, 12). Этим объясняется проблема квалификации действий исполнителя и определения качества оказанной медицинской услуги. Несмотря на осуществление исполнителем медицинской услуги сугубо профессиональных действий, их анализ и оценка качества услуги остаются правовыми. Также необходимо отметить, что в настоящее время отсутствует правовая база, регулирующая вопросы недобросовестного манипулирования нормами закона со стороны пациентов.

В целом повышение эффективности работы системы органов администрирования в области здравоохранения является составной частью административной реформы по созданию мобильного и профессионального государственного аппарата, действующего на принципах корпоративного управления, транспарентности и подотчетности обществу.

В процессе изучения проблем и перспектив правового обеспечения рисков в деятельности медицинских учреждений в Республике Казахстан отмечаем, что риски в области оказания медицинских услуг являются одной из актуальных проблем современности, и освещение этих вопросов представляет серьезный теоретический и практический интерес. В соответствии со ст. 683 Гражданского кодекса РК, посвященной особенностям правового регулирования возмездного оказания услуг, особое место занимают медицинские услуги. Известно, что долгое время не уделялось достаточного внимания проблемам, существующим в сфере предоставления медицинских услуг, что явилось причиной настоящего правового беспредела. Законодатели признали гражданско-правовой характер таких отношений, а это значит, что права и обязанности, определяющие отношения между медицинской организацией (врачом) и пациен-

том (потребителем медицинских услуг), должны формироваться на основе закона, тем более что непосредственным объектом таких отношений выступают наиболее ценные и значимые для человека блага: жизнь, здоровье, физическая неприкосновенность. Необходимо отметить, что уголовная ответственность предусматривается за нарушение безопасности предоставляемых медицинских услуг, также гражданско-правовая ответственность – за подлог, за искажение сведений, за предоставление неверных результатов, за несоблюдение врачебной тайны. Само по себе деяние, как небезопасное предоставление услуги, даже без наступления каких-то последствий, есть общественно охраняемые отношения, что предусматривает уголовную ответственность. Также лица, ответственные за внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности, несут и гражданско-правовую ответственность, и уголовную ответственность за качество и объективность проводимого контроля, за умышленное сокрытие или искажение результатов контроля, за несвоевременное предоставление отчетных документов и несоблюдение врачебной и служебной тайны. То же всё предусматривается различными видами ответственности.

Вместе с тем доверительное сотрудничество пациента и врача, основанное на четком правовом механизме, является надежным залогом эффективности лечения и обеспечения взаимных прав и интересов. Поэтому разработка системной правовой базы является важной гарантией успешного осуществления медицинской деятельности. Сфера предоставления медицинских услуг нуждается в формировании цивилизованного права, способного, с одной стороны, обеспечить защиту прав и интересов пациента, а с другой – установить надежные правовые гарантии профессиональной деятельности исполнителя медицинских услуг (<https://cyberleninka.ru>).

Необходимо разработать устойчивые стандарты в сфере управления рисками в организациях здравоохранения. Стандарты управления рисками должны применяться в качестве инструкции, которая идентифицирует, управляет и снижает риск стратегического риска предприятия. Руководство медицинских учреждений и государственное ведомство в области здравоохранения, департаменты должны быть заинтересованы в разработке и в регулярной оценке данного правового документа, который должен определяет цели, объем управления рисками пациента и цели управления рисками организации.

Они также должны определять роли и обязанности менеджера по рискам и другого персонала по снижению рисков. Иными словами, назрела необходимость разработать специальный, обоснованный правовой механизм для складывающегося рынка медицинских услуг, который стимулировал бы экономически целесообразную медицинскую деятельность, направленную на наиболее полное и всестороннее удовлетворение потребностей граждан в этой сфере услуг. Такой правовой механизм, как справедливо отмечается в юридической литературе, находится на сегодняшний день в зачаточном состоянии. Стандарты управления рисками должны четко определять цели и преимущества управления рисками, неотложные меры (действия), в случае нарушения, их оценку, отчетность. Также стандарты управления рисками должны включать новые требования к обучению сотрудников, ориентацию на новых сотрудников, текущее и сервисное обучение, ежегодную аттестацию и квалификационное тестирование, а также обучение медицинского персонала по профильным специальностям. Цели управления рисками для организаций здравоохранения должны быть направлены на применение комплексных мер по выявлению, оценке и снижению рисков для пациентов, сотрудников и финансовых активов медицинского учреждения. Эффективность мер управления рисками заключается в его активном использовании для выявления и управления рисками. В случае события, связанного с риском, должны применяться меры в соответствии с принципами управления рисками. Стандарты управления рисками должны содержать не только сводную информацию об управлении рисками, но и основные концепции управления рисками и механизм их применения в организациях здравоохранения.

Заключение

Рассматривая основные научно-правовые аспекты в данной области, мы приходим к следующим выводам:

1. В Республике Казахстан сформирована национальная модель защиты прав пациента, выстроенная на институциональном и законодательном уровнях в соответствии с международными стандартами. Законодательство РК в сфере защиты прав пациента основывается на положениях Конституции РК, Закона РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» и других нормативных правовых документах.

2. Требуется реформирование системы отношений, основанных на договоре возмездного оказания медицинских услуг с учетом его субъектного состава: статуса пациента, профиля медицинского учреждения.

3. В целях обеспечения прав пациента на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с порядками, стандартами и клиническими рекомендациями, также с учетом требований современной науки и различных медицинских технологий, необходимо обеспечить внутренний контроль качества. Так как отсутствие внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности может служить предпосылкой для правовых последствий как судебные разбирательства, приостановление действия лицензии медицинского работника, лишение медицинской организации лицензии в соответствии с Кодексом «О здоровье народа и системе здравоохранения». Субъектами внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности являются медицинский персонал: младший, средний и врачебный персонал, главные врачи и врачебная комиссия. Объектами внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности являются: по контролю качества – это соответствие оказываемой медицинской услуги порядкам и стандартам оказания медицинской помощи, по безопасности – это безопасность рабочих мест медицинского персонала, безопасность инфекционная, безопасность применения лекарственных средств, изделий медицинского назначения, их применение и утилизация, также утилизация отходов медицинских различного уровня опасности, а также ограничения, которые применяются к медицинским работникам при осуществлении ими профессиональной деятельности. Например, средства индивидуальной защиты, применяемые на рабочих местах для предупреждения, профилактики инфекционного заражения, как вариант – санитарной безопасности. Ограничения должны контролироваться медицинской организацией.

Управление рисками в здравоохранении включает клинические и административные системы, процессы и отчеты, используемые для выявления, мониторинга, оценки, смягчения и предотвращения рисков. Эффективное управление рисками, организации здравоохранения активно и систематически могут обеспечить безопасность пациентов, а также активы организации, долю рынка, аккредитацию. Внедрение управления рисками в здравоохранении должно

быть направлено на снижение риска врачебных ошибок, существенных для безопасности пациентов и выполнения организацией своих обязательств перед пациентом, при этом не нанося себе финансовых потерь. На сегодняшний день развитие и повсеместное использование технологических приемов в здравоохранении, угроза кибербезопасности, быстрый рост медицинской науки и нестабильный нормативно-правовой, политический климат в отрасли стали непростым временем для управления рисками в медицине. Пациент – потребитель медицинских услуг оценивает медицинские услуги по показателям, в том числе и по показателям клинической практики. С развитием рынка медицинских услуг пациент ориентируется в первую очередь на качество и эффективность, которая оценивается высоким уровнем потребительского опыта, поэтому пациент с клиническими потребностями имеет широкий выбор поставщиков медицинских услуг.

Профессиональная квалификация медицинских работников предполагает твердое знание и органическое восприятие основных положений законодательства, и особенно правовых норм, регулирующих профессиональную деятельность. За последние годы в нашей стране произошли серьезные изменения в политической и социально-экономической сферах. Перемены отразились, главным образом, на положении человека в обществе и государстве, что породило, в свою очередь, ряд проблем, связанных с реализацией прав и законных интересов пациента, появились устойчивые негативные тенденции: на фоне снижения численности детей отмечается значительный рост их заболеваемости и инвалидности, увеличилась распространенность факторов риска формирования нарушений здоровья и развития». На сегодняшний день законодательство в сфере оказания медицинских услуг требует совершенствования. Причин этому несколько и их сложно отделить друг от друга – это и увеличение количества врачебных ошибок, и рост юридического правосознания населения и как следствие увеличение числа исков и требуемых сумм возмещения, это также и лояльность судов в отношении потерпевших и растущие присуждаемые суммы компенсаций. С одной стороны, перечисленные судебные аспекты деятельности лечебных учреждений можно рассматривать как факторы, влияющие на степень реализации рисков оказания некачественных услуг. Но, на взгляд автора, их необходимо рассматривать как отдельную группу рисков, поскольку

лежащие в их основе явления, помимо прочего, будут приводить к предъявлению необоснованных чрезмерных претензий к медицинским организациям в случаях, когда их вина отсутствует. В этом случае реализация фактора риска может привести к возникновению проблем у клиники и тем самым перейдет из категории факторов риска в категорию опасностей.

На данный момент в условиях стремительно расширяющегося рынка медицинских услуг разработка эффективных стратегий управления рисками в сфере оказания медицинских услуг будет способствовать обеспечению жизнеспособности организации здравоохранения. Необходимо отметить, что приоритетами для хорошего управления рисками являются определение надлежащей роли и функций финансирования в системах здравоохранения, которые хорошо интегрированы с предоставлением и регулированием качественных медицинских услуг; обеспечение равных условий для сбалансированной доли го-

сударственного, частного и добровольного секторов страхования; расширение услуг здравоохранения в рамках бесплатной гарантированной медицинской помощи, с устойчивой системой финансирования; укрепление методов финансирования здравоохранения с инновационными системами финансового управления. Разработка новых правил и норм по обеспечению и соблюдению правил в целях обеспечения эффективной политики финансирования здравоохранения должна основываться на точных статистических финансовых данных в системе здравоохранения. Создание устойчивого и системного подхода к проблеме минимизации риска, связанного с медицинским обслуживанием, обеспечивает развитие и финансовую устойчивость медицинских организаций. Так как эффективность решения проблем здоровья населения зависит не только от качества оказываемых медицинских услуг, но от и финансовой устойчивости субъектов в области медицинской деятельности.

Литература

- Конституция Республики Казахстан от 30 августа 1995 г.
 Стратегия «Казахстан-2050» Послание Главы государства Н.А. Назарбаева народу Республики Казахстан.
 Постановление Президента Республики Казахстан от 09.01.2006 г. №1696(U061696) «О дополнительных мерах по обеспечению законности и правопорядка» [4]
 Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения (с изменениями и дополнениями на 27.02.2018 г.)».
 Пашинян Г.А., Баринев Е.Х., Мальцев С.В. Врачебные ошибки и отношения к ним врача // Актуальные вопросы теории и практики судебно-медицинской экспертизы. – Екатеринбург, 1998. – С. 273-278.
 Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации) : Федеральный закон [принят Гос. Думой 7 июля 2010 г.: одобр. Советом Федерации 14 июля 2010 г.] // Российская газета. 2010. № 5247.
 Вирченко Ю.А., Самохвалов Н.А. Процедура медиации в Российской Федерации : плюсы и минусы АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОСТИ: НАУКА И ОБЩЕСТВО, 2016 г.
 КиберЛенинка: <https://cyberleninka.ru/article/n/protsedura-mediatsii-v-rossiyskoy-federatsii-plyusy-i-minusy>
 Нестерова В.Н. Специфика политических конфликтов и медиативные технологии как возможность их урегулирования // Журнал научных публикаций «Дискуссия» №8(71) сентябрь 2016 г. ВАК КиберЛенинка: <https://cyberleninka.ru/article/n/spetsifika-politicheskikh-konfliktov-i-mediativnye-tehnologii-kak-vozmozhnost-ih-uregulirovaniya>
 Смирнова И.Г. К вопросу о необходимости внедрения медиативных технологий в производство по уголовным делам о преступлениях несовершеннолетних для повышения его эффективности / И. Г. Смирнова // Ювенальные технологии как основа системной помощи семье и детям : материалы 1-й регион. науч.-практ. конф. Усть-Илимск, 24 апр. 2014 г. – Иркутск : Изд-во БГУЭП, 2015. – С. 54-60.
 Иванова Е.В., Дерябина Г.П. Правовая медиация: некоторые особенности квалификации // Журнал Успехи в химии и химической технологии Государство и право. Том XXXI. №7, 2017 г.
<https://www.sciencedirect.com>
 Корнакова С.В., Чигрина Е.В. Институт медиации: анализ практики применения и перспективы развития в России // Журнал Пролог: журнал о праве. – 2017, №2.
 Людупова Е.Ю., Врачебные ошибки. Литературный обзор (текст) // Вестник Росздравнадзора. –2016. №2. – С. 6-15.
 Бейкер Е.Л., Мелтон Р.Дж., Стэндж П.В. и др. Реформа здравоохранения и здоровье населения: налаживание партнерских отношений в сфере здравоохранения. JAMA 1994; 272: 1276-82.
 Группа Здоровья Американской Ассоциации. 1995 Национальный справочник ОПЗ. – Вашингтон, округ Колумбия: Ассоциация Здоровья Группы Америки, 1995.
 Фостер Хиггинс. Фостер Хиггинс национальное исследование спонсируемых работодателем планов здравоохранения. – Нью-Йорк, Нью-Йорк: Фостер Хиггинс, 1995.
 Хегнер Р.Е. Раздел 1115 Отказ от Medicaid: демонстрации или стратегия постепенных реформ? Брифинги Национального форума по политике здравоохранения, 1995; 662: 1-10.

Комиссия Кайзера Будущего Медикейд. Медикейд и управляемый уход: уроки из литературы. Менло Парк, Калифорния: Фонд семьи Генри Дж. Кайзера, 1995.

Управление по финансированию здравоохранения. Обновление программы управляемого медицинского обслуживания Medicare. Балтимор, MD: Управление финансирования здравоохранения, 1995.

Национальный комитет по обеспечению качества. Набор данных и информации работодателя плана медицинского обслуживания и руководство пользователя, Версия 2.0. Вашингтон, округ Колумбия: Национальный комитет по обеспечению качества, 1993.

Национальный комитет по обеспечению качества. HEDIS 2.5: обновлены спецификации для HEDIS 2.0. Вашингтон, округ Колумбия: Национальный комитет по обеспечению качества, 1995.

Райли Г.Ф., Потосский А.Л., Любиц Д.Д., Браун М.Л. Состояние рака на момент постановки диагноза для Medicare НМО и платных участников. *Am J Public Health* 1994; 84: 1598-1604.

Томпсон Р.С., Таплин С.Х., Макафи Т.А., Мандельсон М.Т., Смит А.Е. Услуги первичной и вторичной профилактики в клинической практике: двадцатилетний опыт разработки, внедрения и оценки. *JAMA* 1995; 273: 1130-5.

Грин Л., Кройгер М. Применение PRECEDE / PROCEED в условиях сообщества: планирование укрепления здоровья: образовательный и экологический подход. Маунтин-Вью, Калифорния: Мэйфилд, 1991.

Папа Т. Объединенный план здравоохранения ликвидирует разрыв между ОПЗ и общественными медицинскими центрами. *НМО Практика*. 1995; 9: 71-4.

Тойч С.М., Люс Б.Р., Лоудер Д.О. CDC оттачивает на профилактике // *Журнал НМО* 1993: июль / август; 47-8.

CDC. Выдержки из конференции – агентства общественного здравоохранения и управляемая помощь: партнерство для здоровья. Атланта: Министерство здравоохранения и социальных служб США, Служба общественного здравоохранения, CDC, 1995.

Управление по профилактике заболеваний и укреплению здоровья. Справочник врача по профилактике. Вашингтон, округ Колумбия: Служба общественного здравоохранения, 1994.

References

Konstitutsiya Respubliki Kazakhstan ot 30 avgusta 1995 g.

Strategiya «Kazakhstan -2050» Poslaniye Glavy gosudarstva N.A.Nazarbayeva narodu Respubliki Kazakhstan.

Postanovleniye Prezidenta Respubliki Kazakhstan ot 09.01.2006 g №1696 (U061696) «O dopolnitel'nykh merakh po obespecheniyu zakonnosti i pravoporyadka» [4]

Kodeks RK «Zdorov'ye i sistema zdavookhraneniya (s izmeneniyami i dopolneniyami na 27.02.2017 g)»

Pashinyan G.A. , Barinov Ye.KH., Mal'tsev S.V. Vrachebnyye oshibki i otnosheniya k nim vracha // Aktual'nyye voprosy teorii i praktiki sudebno-meditinskoy ekspertizy. Yekaterinburg, 1998. – S. 273-278.

Ob al'ternativnoy protsedure uregulirovaniya sporov s uchastiyem posrednika (protsedure mediatsii): Federal'nyy zakon [prinyat Gos. Dumoy 7 iyulya 2010 g. : odobr. Vne Federatsii 14 iyulya 2010 g.] // Rossiyskaya gazeta. 2010. № 5247.

Virchenko YU.A., Samokhvalov N.A. Protседura mediatsii v Rossiyskoy Federatsii: plyusy i minusy Aktual'nyye problemy sovremenosti: nauka i obshchestvo 2016 g.

KiberLeninka: <https://cyberleninka.ru/article/n/protседura-mediatsii-v-rossiyskoy-federatsii-plyusy-i-minusy>

Nesterova V.N. «Diskussiya» №8 (71) sentyabr' 2016 g. VAK KiberLeninka: <https://cyberleninka.ru/article/n/spetsifikapoliticheskikh-konfliktov-i-mediativnye-tehnologii-kak-vozmozhnost-ih-uregulirovaniya>

Smirnova I. G. K voprosu o neobkhodimosti vnedreniya mediativnykh tekhnologiy v proizvodstvo po ugovnym delam o prestupleniyakh nesovershennoletnikh dlya povysheniya yego effektivnosti / I. G. Smirnova // Yuvenal'nyye tekhnologii kak osnova sistemnoy pomoshchi sem'ye i detyam: materialy 1-y region. nauch.-prakt. konf. Ust'-Il'msk, 24 apr. 2014 g. – Irkutsk: Izd-vo BGUEP, 2015g. – S. 54-60.

Ivanova Ye.V., Deryabina G.P. Pravovaya mediatsiya: nekotoryye osobennosti kvalifikatsii. Zhurnal Uspekhi v khimii i khimicheskoy tekhnologii Gosudarstvo i pravo. tom XXXI №7 2017 g. <https://www.sciencedirect.com>

Kornakova S.V., Chigrina Ye.V. Institut mediatsii: analiz praktiki primeneniya i perspektivy razvitiya v Rossii. Zhurnal Prolog: zhurnal o prave 2017 №2.

Lyudupova Ye.YU., Vrachebnyye oshibki. Literaturnyy obzor (tekst) . Vestnik Roszdravnadzora. -2016.-№2.-str.6-15

Baker EL, Melton RJ, Stange PV, et al. Health reform and the health of the public: forging community health partnerships. *JAMA* 1994;272: 1276-82.

Group Health Association of America. 1995 National Directory of HMOs. Washington, DC: Group Health Association of America, 1995.

Foster Higgins. The Foster Higgins national survey of employer-sponsored health plans. New York, NY: Foster Higgins, 1995.

Hegner RE. Section 1115 Medicaid waivers: demonstrations or strategy for incremental reform? National Health Policy Forum Issue Briefs 1995;662:1-10.

The Kaiser Commission of the Future of Medicaid. Medicaid and managed care: lessons from the literature. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation, 1995.

Health Care Financing Administration. Medicare managed care program update. Baltimore, MD: Health Care Financing Administration, 1995.

National Committee for Quality Assurance. Health plan employer data and information set and user's manual, Version 2.0. Washington, DC: National Committee for Quality Assurance, 1993.

National Committee for Quality Assurance. HEDIS 2.5: updated specifications for HEDIS 2.0. Washington, DC: National Committee for Quality Assurance, 1995.

Riley GF, Potosky AL, Lubitz JD, Brown ML. State of cancer at diagnosis for Medicare HMO and fee-for-service enrollees. *Am J Public Health* 1994;84:1598-1604.

Thompson RS, Taplin SH, McAfee TA, Mandelson MT, Smith AE. Primary and secondary prevention services in clinical practice: twenty years' experience in development, implementation, and evaluation. *JAMA* 1995;273:1130-5.

Green L, Kreuter M. Application of PRECEDE/PROCEED in community settings: health promotion planning: an educational and environmental approach. Mountain View, CA: Mayfield, 1991.

Pope T. United Health Plan bridges gap between HMOs and community health centers. *HMO Practice*. 1995;9:71-4.

Teutsch SM, Luce BR, Lowder DO. CDC hones in on prevention. *HMO Magazine* 1993: July/ August; 47-8.

CDC. Excerpts from a conference -- public health agencies and managed care: partnerships for health. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, CDC, 1995.

Office of Disease Prevention and Health Promotion. Clinician's handbook of preventive services. Washington, DC: Public Health Service, 1994.